

Zeugnis über die Tätigkeit als Famulus/Famula

gemäß Anlage 6 (zu § 7 Abs. 4 Satz 2 ÄAppO)

Attestato di internato ospedaliero per studenti/studentesse di Medicina e Chirurgia

secondo l'Allegato 6 (§ 7 comma 4 cpv. 2 ÄAppO)

Der/Die Studierende der Medizin / *Lo/la studente/-essa di medicina*

geboren am / *nato/-a il* _____ in / *a* _____,

ist nach bestandenerm Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung - *dopo aver superato la prima parte delle prove per l'esame di laurea in Medicina e Chirurgia, ha svolto*

vom / *dal* _____ bis zum / *al* _____ in der unten bezeichneten Einrichtung unter meiner Aufsicht und Leitung als Famulus/Famula tätig gewesen. / *il periodo di internato nella struttura sotto indicata e sotto la mia sorveglianza e direzione*

Während dieser Zeit ist der/die Studierende vorzugsweise mit Tätigkeiten auf dem Gebiet / *Durante questo periodo lo/la studente/-essa ha svolto principalmente attività del settore*

_____ beschäftigt worden.

Die Ausbildung ist / *Il periodo di tirocinio*

unterbrochen worden vom / *è stato interrotto dal* _____ bis zum / *al* _____.

nicht unterbrochen worden / *non è stato interrotto.*

Ort / *Città* _____, den / *li* _____

(Bezeichnung der Einrichtung, bei öffentlicher Stelle Siegel ansonsten Stempel / *Denominazione della struttura, sigillo in caso di istituzione pubblica, altrimenti timbro*)

(Unterschrift des/der ausbildenden Arztes/Ärzte / *Firma del medico/dei medici responsabile/-i del tirocinio*)

- bitte auch Seite 2 ausfüllen -
- si prega di compilare anche Pagina 2 -

Dieses Schreiben wurde von einem öffentlich bestellten und beeidigten Übersetzer der Landessprache erstellt.
Medizinisches Dekanat der LMU

*Il presente certificato è stato tradotto da un traduttore giurato e abilitato per la relativa lingua.
Decanato della facoltà di medicina della LMU*

**Beiblatt zu Anlage 6
zu § 7 Abs 4 Satz 2 ÄAppO
(Zeugnis über die Tätigkeit als Famulus)
*Integrazione all'Allegato 6
§ 7 comma 4 cpv. 2 ÄAppO
(Attestato di internato ospedaliero per studenti/-esse di Medicina e Chirurgia)***

**Ergänzend zum anliegenden / umseitigen „Zeugnis über die Tätigkeit als Famulus“, / A
integrazione dell'attestato allegato/alla pagina precedente "Attestato di internato ospedaliero
per studenti/-esse di Medicina e Chirurgia"**

von Herrn / Frau / del Sig. / della Sig.ra _____

über die Tätigkeit vom / in merito all'attività svolta dal _____ bis / al

wird mitgeteilt: / si comunica quanto segue:

Der / die Studierende absolvierte seine / ihre Famulatur in einer / Lo/La studente/-essa ha concluso il periodo di internato in

Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung, die ärztlich geleitet wird bzw. in einer Einrichtung der ambulanten fachärztlichen Krankenversorgung (fachärztliche Praxis) / una struttura sanitaria ambulatoriale diretta da medici ovvero in una struttura sanitaria ambulatoriale specialistica (studio medico specialistico)

stationären Einrichtung des Krankenhauses bzw. in einer stationären Rehabilitationseinrichtung / una struttura sanitaria di ricovero dell'ospedale ovvero in una struttura di riabilitazione con ricovero

Einrichtung der hausärztlichen Versorgung (z.B. Hausarztpraxis, Kinderarztpraxis, hausärztliche Internisten; / una struttura sanitaria di base (ad es. ambulatorio di medico di base, ambulatorio di pediatra, internista di medicina generale; die hausärztliche Versorgung beinhaltet insbesondere die allgemeine und fortgesetzte Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes) / l'assistenza medica di base comprende in particolare un servizio assistenziale generale e continuo nel tempo di un paziente, in termini di diagnostica e terapia, con informazioni sulla sua situazione familiare e domestica).

Hiermit bestätige ich, dass ich danach in der hausärztlichen Versorgung tätig bin. / Con la presente confermo di esercitare la mia professione nell'ambito dell'assistenza medica di base.

Ort, Datum / Città, data

Name und Kontakt (Tel. / E-Mail) des ausbildenden Arztes
Nome e contatto (tel. / e-mail) del medico responsabile del tirocinio

Stempel/Siegel der Einrichtung
Timbro/signillo della struttura

Unterschrift/en des/der ausbildenden Arztes/Ärzte
Firma del medico/dei medici responsabile/-i del tirocinio

Dieses Schreiben wurde von einem öffentlich bestellten und beeidigten Übersetzer der Landessprache erstellt.
Medizinisches Dekanat der LMU

*Il presente certificato è stato tradotto da un traduttore giurato e abilitato per la relativa lingua.
Decanato della facoltà di medicina della LMU*